PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO
AVISO DE ACCIÓN
AVISO DE DESCONTINUACIÓN— PERSONAS FALLECIDAS

(COUNTY STAMP)

Al Representante de la Testamentaría de:

Número del caso: _____

Distrito: _____

El departamento de bienestar del condado ha recibido notificación de la muerte de _____

_____.

Se descontinuará su cobertura CMSP a partir del _____.

Las regulaciones que requieren esta acción son del Código Administrativo de California, Título 17, Secciones 1498–1498.9.

También le informamos que el programa CMSP no provee beneficios por la muerte o entierro de un beneficiario.

Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de esta acción, haga el favor de escribirnos o llamarnos por teléfono. Responderemos sus preguntas o haremos una cita para verle personalmente.

_____ _____ _____

Trabajador de Elegibilidad Teléfono Fecha

COPIA PARA EL REPRESENTANTE
COPIA DEL CASO